

8

MUUTAKIN KUIN TIETOA. TERVEYSKÄYTTÄYTYMISEN SOSIAALISET JA KULTTUURISET ULOTTUVUUDET

Anu Katainen & Antti Maunu

Pohdimme tässä luvussa sitä, miksi ihmiset eivät muuta terveydelle haitallisia elintapojaan. Lähestymme kysymystä terveyden kulttuuristen merkitysten näkökulmasta. Tarkastelemme sitä, miten ihmiset ymmärtävät terveydelliset riskit, miksi riskien tiedostaminen ei välttämättä johda riskien välttelyyn ja millaisia kulttuurisia merkityksiä terveyteen ja epäterveellisiin elintapoihin liittyy. Esittelemme myös niin sanotun käytänteoreettisen lähestymistavan terveyskäyttämisen sosiaalisten ja kulttuuristen ulottuvuuksien ymmärtämiseen. Lähestymistapa yhdistää ihmisen toiminnan tavanmukaisuuden sen kulttuurisiin merkityksiin ja materiaaliset reunaehdot ja tarjoaa näin hedelmällisen tavan tarkastella ongelmallisiksi miellettyjä käyttäytymismalleja.

Yksilön terveydentila on monen tekijän summa, johon vaikuttavat niin yksilön ikä, perinnölliset alttiudet, elintavat kuin vaikkapa elinympäristöjen riskitekijät. Nyky-yhteiskunnissa monet aikaisemmin elinvuosia verottaneet sairaudet on saatu torjutuksi, mikä on

näkyneet elinajanodotteen ja terveiden elinvuosien jatkuvana lisääntymisenä. Vielä 1940-luvulla infektioaudit, kuten tuberkuloosi ja kurkkumätä, olivat Suomessa mittava kansanterveysongelma (Teperi & Vuorenkoski 2005). Kuolleisuus tartuntatauteihin pieneni ratkaisevasti elinolojen kohentumisen, rokotusohjelmien ja hygienian paranemisen myötä 1950-luvulta alkaen. Nykyisin ihmisten elinikää lyhentävät pitkäaikaissairaudet, joissa erityisesti elintavoilla on keskeinen osa. Tupakointi, alkoholinkäyttö, vähäinen liikunta ja epäterveellinen ruokavalio ovat keskeisimpiä kuolemaan johtavien ja toimintakykyä alentavien sairauksien aiheuttajia (Martikainen ym. 2014). Siten kansanterveystyön painopiste on siirtynyt elinolojen parantamisesta ja terveyspalveluiden kehittämisestä yksilön valintoihin ja niihin vaikuttamiseen.

Edistämällä kansanterveyttä pyritään paitsi vähentämään yksilöllistä kärsimystä myös pitämään terveydenhuollon kustannukset mahdollisimman pieninä ja parantamaan ja pitämään yllä kansan työkykyä. Kansanterveystyön painopisteen siirtymistä yksilön terveysvalintoihin voidaan kutsua terveyden yksilöllistymiseksi. Ihmiset ovat nykyään hyvin kiinnostuneita omasta terveydestään, ja heitä myös vastuutetaan aiempaa voimakkaammin huolehtimaan siitä. Lääketieteellisen tutkimuksen uusia tuloksia raportoidaan mediassa päivittäin. Ravitsemukseen, liikuntaan ja hyvinvointiin liittyvät aiheet ovat jatkuvasti esillä lehdissä, blogeissa ja nettikeskusteluissa. Yhä useampi noudattaa tai on ainakin kiinnostunut terveyttä edistävästä ruokavalioista. Terveyttä ja terveellisiä elintapoja saatetaan käyttää myös arvottamisen välineenä. Esimerkiksi puheet ”itse aiheutetuista” sairauksista tekevät toisista elintavoista toisia arvokkaampia näennäisen lääketieteellisin perustein (Torkkola & Mäki-Kuutti 2012).

Valistuksen ja mediasta saatavan informaation ansiosta tiedämme hyvin, että tupakointi ja liiallinen alkoholinkäyttö ovat terveysriskejä. Silti ihmiset eivät arjessaan aina toimi terveyttä edistävasti. Suomalaiset liikkuvat edelleen liian vähän ja tupakointi on vähenemisestä huolimatta edelleen melko yleistä erityisesti alemmissa sosioekonomisissa ryhmissä. Alkoholiiin liittyvät sairaudet ovat valtava kansanterveysongelma maailmanlaajuisesti. Tupakointiin ja alkoholinkäyttöön voi kehittyä voimakas riippuvuus, mutta

useimmat elintavat ovat ainakin näennäisesti yksilön valittavissa. Miksi ihmiset valitsevat sellaisia elintapoja, jotka voivat johtaa myöhemmin vakaviin seurauksiin?

Lähestymme kysymystä tässä luvussa terveyden merkityksen näkökulmasta. Maallikoiden terveyttä ja sairautta koskevat ymmärrystavat ovat olleet terveyssosiologian tärkeä tutkimuskohde (esim. Herzlich 1973; Cornwell 1984; Blaxter 1997). Tutkimukset ovat tuottaneet tietoa siitä, miten ihmiset ymmärtävät ja ottavat vastaan terveyttä koskevaa tietoa, miten he perustelevat epäterveellisiä elintapoja ja millaisiin kulttuurisiin konteksteihin ja arjen oloihin terveyden merkitykset kytkeytyvät (suomalaisista tutkimuksista, ks. esim. Pietilä 2008; Kauravaara 2013; Ojajärvi 2015). Elintapoihin vaikuttamisesta käytävä keskustelu ja yksilön jatkuvasti korostunut rooli oman terveytensä tarkkailijana ja vaalijana ovat tehneet entistä tärkeämmäksi tutkia sitä, millaiset tekijät elintapoihin oikeastaan vaikuttavat. Näiden tekijöiden tuntemus on ensiarvoista, jotta voitaisiin edistää terveellisiä elintapoja ja kaventaa terveyseroja.

TERVEYTEEN LIITTYVÄ TIETO JA RISKIKÄSITYKSET

Terveyttä koskevien valintojen yhteiskunnallinen ohjaaminen synnyttää nykyisin voimakkaita poliittisia ja moraalisia jännitteitä. Vaatimus kansalaisten autonomian eli itsemääräämisoikeuden kunnioittamisesta on keskeisimpiä yhteiskuntapolitiikan periaatteita (Sulkunen 2009). Esimerkiksi alkoholipoliittisissa keskusteluissa nousevat toistuvasti esiin kansalaisten holhoamista vastustavat ja kuluttajan vapautta puolustavat puheenvuorot (Hellman & Katainen 2015). Yksilöiden toimintaan puuttuminen herättää vastustusta, vaikka seurauksena olisi vakaviakin kansanterveydellisiä ongelmia. Yksilönvapauden korostuminen on kasvattanut niin sanottujen pehmeiden keinojen kuten valistuksen suosiota elämäntapoja suoremmin ohjailevien kovien keinojen kustannuksella. Valistus ja terveysriskeistä informoiminen ovat olleet aina tärkeä osa kansanterveystyötä, mutta niitä oikeuttava poliittinen ja moraalinen ilmasto on muuttunut. Tätä voidaan nimittää uudeksi

kansanterveysajatteluksi (Petersen & Lupton 1996). Siinä keskeistä on se, että yksilön vastuu ja velvollisuus korostuvat ja valtion rooli heikkenee: valtioon yksilöllisen kulutuskäyttäytymisen rajoittajana suhtaudutaan kriittisesti, vaikka käsiteltäisiin isojaakin kustannuksia aiheuttavaa ongelmaa kuten alkoholinkäyttöä, ja yksilöitä pidetään yhä useammin vastuullisina oman terveytensä ylläpidosta. Tämä on näkynyt esimerkiksi siinä, että paineet vapauttaa rajoittavaa alkoholipolitiikkaa ovat voimistuneet.

Uudessa kansanterveysajattelussa riskin käsitteellä on tärkeä osa. Terveysinformaation odotetaan johtavan yksilötasolla riskilaskelmiin, joita yksilöt sitten ottavat huomioon toiminnassaan ja valinnoissaan. Yksilöstä tulee autonominen mutta terveyteensä nähden tulostavasti toimiva, joka toimii tiedon varassa. Näin yksilön mahdollisuudet vaikuttaa omaan terveydentilaansa saadaan näyttämään lähes rajattomilta ja yhä useammat sairaudet voidaan ymmärtää yksilön itsensä aiheuttamiksi. Terveysviestinnän tutkijat Sinikka Torkkola ja Anna-Maria Mäki-Kuutti (2012) ovat nimittäneet tätä myös terveyskuriksi, ja he näkevät sen motivoivan vahvasti esimerkiksi median terveysviestintää.

Vaikka terveysriskejä koskeva informaatio on lisääntynyt, ihmiset eivät aina toimi terveysriskejä vältellen. Epäterveelliset tavat herättävät usein ihmetystä – erityisesti terveellisiin elintapoihin panostavilla: miksi ihmiset toimivat terveydelle epäedullisesti, vaikka ovat *tietoisia* terveydelle koituvista haitoista? Kysymyksen taustalla on oletus siitä, että terveysriskejä koskevan tiedon tulisi automaattisesti johtaa riskien välttelyyn. Näin ei tietenkään aina ole. Useimmat ihmiset eivät ”terveyskäyttäydy” eli toimi arjessaan pelkän terveystiedon varassa. Pikemminkin arkiajattelumme liioittelee tiedon merkitystä käyttäytymisen ohjaajana. Riski-informaatioon ja sen perillemenoon liittyviä ongelmia voidaan lähestyä ainakin kolmesta näkökulmasta: 1) maallikoiden riskikäsitykset ja riskeille annetut merkitykset voivat poiketa suuresti asiantuntijatiedosta, joka sekään ei ole aina yksiselitteistä tai ristiriidatonta, 2) terveyttä koskevan asiantuntijatiedon auktoriteettiasema on heikentynyt, ja 3) riskejä sisältävä käyttäytyminen itsessään voi olla yksilölle merkityksellistä.

Ihmisten riskiymmärryksiä käsitelleet tutkimukset ovat osoittaneet, että ihmiset käsittelevät ja ymmärtävät kohtaamiaan terveysriskejä moninaisilla tavoilla. Nämä riskiymmärrykset heijasteleva sitä, miten ihmiset ymmärtävät laajemmin ympäröivää maailmaa ja oman paikkansa siinä. Riskiymmärryksiin vaikuttavat monet tilannetekijät ja sosiaaliset normit mutta myös sellaiset taustamuuttujat kuin vaikkapa sukupuoli, ikä tai sosioekonominen asema (Lupton & Tulloch 2002). Tupakointia käsittelevissä tutkimuksissa on havaittu, että tupakoitsijat eivät välttämättä ymmärrä omaa tupakointiaan yksiselitteisen haitalliseksi (Katainen 2006; Heikkinen ym. 2010). Riskin merkitys voidaan kiistää vetoamalla esimerkiksi omiin kokemuksiin: tupakoinnista ei ole aiheutunut itselle haittaa, tai viitataan esimerkiksi tuttavaan, joka on elänyt vanhaksi tupakoinnista huolimatta. Terveysriskien kanssa voidaan käydä myös neuvottelua: jos muut elintavat ovat kunnossa, niiden koetaan kompensoivan tupakoinnin aiheuttama haitta. Toisaalta riskeihin voidaan suhtautua myös fatalistisesti: elämä on joka tapauksessa arvaamatonta, joten miksi piitata yksittäisistä riskeistä. Tupakoinnin aiheuttama voimakas riippuvuus toimii myös perusteluna: tupakoinnin syynä ei ole yksilö itse vaan yksilön tahdon ulkopuolella oleva neurokemiallinen riippuvuus (Gillies & Willig 1997).

Koska terveys edustaa itsestään selvästi jotakin hyvää ja tavoiteltavaa, ihmiset joutuvat usein perustelemaan epäterveellisiä valintoja sekä itselleen että muille. Tupakoinnin tapauksessa tämä perustelun tarve saattaa olla erityisen suuri, koska tupakoinnin terveysriskeistä vallitsee nykyisin suuri yksimielisyys sekä asiantuntijoiden että maallikoiden keskuudessa. Monien muiden elintapojen tapauksessa tilanne ei välttämättä näyttäydy näin yksiselitteisenä. Esimerkiksi ravintorasvojen terveyshaitoista käydään jatkuvaa keskustelua, ja monet voita suosivat vetoavat sen terveellisyyteen ja luonnollisuuteen (ks. tämän teoksen luku 9). Internet on tuonut terveystiedon uudella tavalla ihmisten ulottuville ja tarjoaa alustan terveyttä ja riskejä koskeville keskusteluille. Myös tieteelliset tutkimusjulkaisut ovat nykyisin hakukoneiden välityksellä maallikoiden luettavissa. Tiedon saannin ja jakamisen helppous on

luultavasti rapauttanut terveyttä koskevan niin sanotun virallisen asiantuntemuksen arvoa maallikoiden keskuudessa (Barker 2008). Toisaalta on myönteistä että terveyttä koskeva tieto kiinnostaa ja maallikot ovat yhä valveutuneempia terveyteen vaikuttavista tekijöistä. Toisaalta ongelmaksi muodostuu erilaisten tietolähteiden luotettavuus ja maallikoiden kyvyt arvioida tutkimustietoa ja soveltaa sitä käytäntöön. Vaikka ihmiset olisivat kiinnostuneita omasta terveydentilastaan, asiantuntijatietoon voidaan suhtautua hyvinkin skeptisesti ja tätä kautta päätyä terveydelle haitallisiin valintoihin. Tätä voidaan pitää myös yhtenä seurauksena yksilönvapauden ja -vastuun laajentumisesta. Kun yhteiskunta odottaa kansalaisilta yhä vahvempaa yksilöllistä autonomisuutta ja rationaalisuutta, on luonteavaa, että he alkavat itsekkin uskoa vahvemmin omaan kompetenssiinsa ja asettaa asiantuntijatietoa kyseenalaiseksi etenkin silloin, kun se on ristiriidassa oman kokemuksen kanssa.

Oman terveyden riskeeraaminen ei välttämättä johdu tietämättömyydestä tai piittaamattomuudesta, vaan riskinottoon itsessään voi liittyä positiivisia merkityksiä. Riskejä ottamalla voidaan hakea jännitystä elämään ja rakennetaan omaa sosiaalista identiteettiä (Lupton & Tulloch 2002). Vaaroja uhmaamalla on kautta aikojen osoitettu esimerkiksi rohkeutta ja miehisyttä ja haettu arvostusta ja kunniaa muilta yhteisön jäseniltä. Riskien ottaminen on siis eräänlainen sosiaalinen tekniikka, jolla vaikutetaan siihen, miten koemme itsemme, miten muut meidät näkevät ja miten meihin suhtaudutaan (Parker & Stanworth 2005). Seksiin ja huumeidenkäyttöön liittyvissä tutkimuksissa on osoitettu, että riskikäyttäytymisellä voidaan osoittaa luottamusta ja sitoutumista muita kohtaan. Nuoret naiset eivät välttämättä vaadi kondomin käyttöä kumppaniltaan, tai suonensisäiset huumeidenkäyttäjät jakavat neulansa, koska osoittavat näin luottavansa toisiinsa (Holland ym. 1998; Rhodes & Treloar 2008). Useissa tutkimuksissa on havaittu, että ihmiset kokevat terveysriskien jatkuvan välttelyn kielteisenä asiana: elämään nähdään kuuluvan myös nautintoja, jotka useimmiten eivät ole terveydellisesti järkeviä (esim. Pajari ym. 2006). Toimijat saattavat myös tunnistaa riskit mutta samalla olla valmiita ottamaan niitä, jos riskejä sisältävä käyttäytyminen

tarjoaa heille myös jotakin positiivista. Esimerkiksi rankan humalajuomisen tilanteet voivat tarjota sellaisia sosiaalisia kokemuksia ja tunteita, joita muissa elämäntilanteissa on vaikea saavuttaa (Maunu 2013). Laittomien päihteiden myynti ja käyttö elämäntapana voivat antaa elämään väriä ja vauhtia, joka häivyttää muuten elämää varjostavan näköalattomuuden ja merkityksettömyyden tunteen (Perälä 2011).

Myös terveyttä koskevalla tiedolla on väliä. Korkean koulutustason ja terveellisten elintapojen korrelaatio johtuu ainakin osaksi siitä, että koulutetuilla on laajempi tietämys terveyteen vaikuttavista tekijöistä. Väitämme kuitenkin, että terveysriskejä koskeva tieto ei ole ratkaisevassa osassa, kun pohditaan vaikkapa sosiaaliryhmien välisiä elintapaeroja. Tärkeämpää sen sijaan on, millaisia ymmärrystapoja terveyteen, riskeihin ja elintapoihin liittyy ja millaisia tietomuotoja terveyden ympärille muodostuu, kun tieteellistä tutkimusta tulkitaan ja otetaan käyttöön. Valistus ja muut terveyden edistämisen käytännöt eivät aina johda haluttuun lopputulokseen, yksilön käyttäytymisen muutokseen. Terveystutkimuksessa onkin keskusteltu terveyden edistämisen tarkoitamattomista seuraamuksista: hyvää tarkoittava terveystyö voi johtaa myös ei-toivottuihin lopputulemiin ja riskikäyttäytymisen vahvistamiseen (Peretti-Watel & Moatti 2006). Myös esimerkiksi pyrkimykset kaventaa terveyseroja väestötasolla voivat pikemminkin lisätä terveyseroja, jos koko väestölle suunnataan informaatiota, joka saa vain ylemmät sosioekonomiset ryhmät toimimaan. Tämä syventää kuilua heikoimmassa ja parhaassa asemassa olevien välillä (Sihto & Palosuo 2013, 228).

TERVEYS JA KULTTUURI

Sosiologisesta näkökulma kulttuuri on kokoelma merkityksiä ja arvoja, joita kulttuurien jäsenet käyttävät toimintansa resurssina ja jotka näin yhdistävät heitä ja erottavat heitä toisista ryhmistä (esim. Durkheim 1980). Kulttuurisessa terveystutkimuksessa on pitkään korostettu, että terveys ei ole ainoa eikä usein edes tärkein ihmisten toimintaa ohjaava arvo tai periaate. Toisaalta joillekin ryhmille

tai yksilöille se voi olla elämän keskeisimpiä sisältöjä. Esimerkiksi yhdysvaltalainen sosiaalipsykologi Daphna Oyserman kollegoineen on havainnut, että kaikki amerikkalaiset jakavat tietoon perustuvat käsitykset siitä, mitä ja millaisia ovat terveelliset elämäntavat. Etnisten vähemmistöjen jäsenet kuten afroamerikkalaiset pitävät kuitenkin näiden käsitysten mukaan elämistä ensisijaisesti valko-ihosten amerikkalaisten tapana elää. Siksi he eivät samastu näihin elämäntapoihin eivätkä aina elä niiden mukaan. Tämä näkyy myös esimerkiksi sairaus-, kuolleisuus- ja ylipainotilastoissa. Syynä on se, että ihmiset käyttäytyvät ja tekevät sen mukaisia valintoja, minkä kokevat omalle viiteryhmälleen ominaiseksi. (Oyserman ym. 2007; ks. myös Koivusilta 2012, 338.)

Kulttuurisen sosiologian näkökulmasta inhimillinen rationaalisuus onkin ennen muuta sosiaalista. Niin yksilön, ryhmän kuin koko ihmislajin menestykselle tärkeää on maksimoida keskinäisen yhteistyön edellytyksiä eli tukea, luottamusta ja solidaarisuutta. Jos ryhmäsolidaarisuutta voi kokea ja osoittaa parhaimmin terveyden näkökulmasta epätarkoituksenmukaisella toiminnalla kuten päihitteiden käytöllä tai muulla riskikäyttäytymisellä, silloin voi olla täysin rationaalista valita se. (Costa-i-Font & Mladovsky 2008.) Johdonmukaisia, arvoihin ja identiteettiin perustuvia terveyskäyttäytymisen eroja on tunnistettu myös suomalaisissa tutkimuksissa. Esimerkiksi Marja-Liisa Honkasalon (2008) tutkimuksen mukaan pohjoiskarjalaisilla miehillä sydäntautiin sairastuminen on osoitus siitä, että on elänyt ahkeran ja työntäyteisen elämän ankarissa oloissa. Vastaavasti monet työväenluokkaisia miehiä käsittelevät tutkimukset ovat osoittaneet, että heidän keskuudessaan terveyttä työssä edistävät toimintatavat kuten suojavarusteiden käyttö tai järkevät työajat sekä niihin liittyvä riittävä lepo nähdään sääliittävänä ja epämiehekkäänä, sillä miehen kuuluu kestää kipua, räsytystä ja vaaraa. (Sulkunen ym. 1985; Kortteinen 1992.) Työväenluokan parissa terveyttä ajatellaan usein myös välinearvona, keinona työnteolle tai esimerkiksi urheilumenestykselle, eikä niinkään itseisarvoisena olotilana (Chamberlain 1997). Jos terveys menee, sille ei voi mitään, sillä terveyden ajatellaan olevan lähinnä kohtalonomainen asiantila (Bolam ym. 2003).

Keskiluokkaisemmissa, yksilöllisyyttä arvostavissa kulttuureissa sen sijaan terveyden on osoitettu saavan toisenlaisia merkityksiä ja arvovaroja. Näissä kulttuureissa terveyteen ja terveydestä huolehtimiseen liitetään mielikuvia vastuullisuudesta, älykkyydestä ja tahdonvoimasta (Lupton 1995, 145–146). On luontevaa, että samalla terveys nähdään nimenomaan yksilön vastuulla ja omien valintojen piirissä olevana. Näin terveys näyttäytyy osoituksena moraalisesti arvokkaista ominaisuuksista, joita keskiluokkien kulttuurissa yleisemminkin vaalitaan. Kaiken elämässä menestymisen uskotaan edellyttävän samoja yksilöön paikantuvia ominaisuuksia, jotka tuottavat terveyttä. (Pajari ym. 2006; Snibbe & Markus 2005.) Vastaavasti ne yksilöt ja ryhmät, jotka eivät suhtaudu terveyden vaalimiseen samoin, nähdään keskiluokissa helposti moraalisesti kyseenalaisina, irrationaalisina, heikkoluonteisina tai laiskoina. Tämä tuottaa helposti myös arvottavaa puhetta itse aiheutetuista sairauksista.

Kulttuurisesta näkökulmasta terveys ei ole pelkästään terveyttä sen itsensä tähden. Terveys kytkeytyy osaksi monenlaisia sosiaalisia ja kulttuurisia ihanteita, joista terveyteen liittyvät toimintatavat saavat varsinaisen voimansa ja arvonsa. Voidaan ajatella, että terveys ja sen tavoittelu tai laiminlyönti ovat eräänlaisia konkreettisia tunnuksia tai symboleita niille abstraktimmille merkityksille ja kollektiivisille pyrkimyksille, jotka tekevät erillisistä yksilöistä laajempia ryhmiä ja yhteisöjä. Tämä tekee terveydestä ja sen puutteesta myös vahvasti sosiaalisia ja moraalisia ilmiöitä eikä pelkästään yksilöiden lääketieteellisesti määrittyviä tiloja. Terveys, siihen pyrkiminen tai muiden asioiden asettaminen sen edelle on yksi keino ilmaista itseään ja arvokkaana pitämäänsä paikkaa – omaa identiteettiään – sosiaalisessa maailmassa.

TERVEYS ARJESSA. KÄYTTÄYTYMINEN JA KÄYTÄNNÖT

Tietoon perustuvia ja yksilöpsykologisia teorioita terveyskäyttäytymisestä ja käyttäytymisen muutoksesta on usein kritisoitu liiallisesta yksilökeskeisyydestä sekä sosiaalisen kontekstin ja materiaalien

olojen unohtamisesta. Toisaalta kulttuuriselityksissä piilee liiallisen yleistämisen vaara, joka hukkaa yksilöllisen toiminnan erot ja mahdollisuudet. Terveysteen liittyvät elintavat ovat aina sidoksissa yksilön elinoloihin, resursseihin ja toimintamahdollisuuksiin: yksilöt tekevät valintoja oloissa ja elämäntilanteissa, joita he eivät ole itse valinneet. Esimerkiksi terveellinen ruokavalio edellyttää, että terveellisiä ruoka-aineita on saatavilla ja että yksilöllä on taloudellisia resursseja niiden hankkimiseen. Päihteiden käytön vähentäminen taas edellyttää, että elämässä on muitakin sosiaalisesti palkitsevia ympäristöjä kuin lähibaari tai kosta kaveriporukka.

Sosiologisen teorian näkökulmasta kysymys elintapavalinnoista ja niihin vaikuttavista tekijöistä liittyy klassiseen kysymykseen toiminnan ja rakenteen suhteesta (ks. myös tämän teoksen luku 2). Yksinkertaistettuna kysymys on yksilön toiminnan selittämisestä ja yhteiskunnan rakenteiden roolista eli siitä, missä määrin yksilön toimintaa selittävät hänen omat taipumuksensa ja mieltymyksensä ja missä määrin taas yhteiskunnan rakenteelliset tekijät, kuten kulttuuri, sosiaaliset hierarkiat sekä taloudelliset resurssit ja niiden jakautuminen. Lähestymistapoja, jotka painottavat käyttäytymisen ennustettavuutta, rutiiniluonteisuutta, tavanmukaisuutta ja traditioita, voidaan kutsua käytäntöteorioiksi. Käytäntöteoriat eivät ole puhtaasti yksilö- tai rakennelähtöisiä. Esimerkiksi sosiaalisia instituutioita ei ymmärretä yksilöllisen toiminnan kokonaisuuksina mutta toisaalta ei myöskään turvauduta kulttuurin tai sosiaalisen järjestelmän kaltaisiin holistisiin selitysmalleihin.

Käytäntöteoriat painottavat toiminnan ja käyttäytymisen rutiiniluonteisuutta, toistuvuutta ja jatkuvuutta sekä tavanmukaisuutta. Käytäntöteoreetikoihin lukeutuvat esimerkiksi Pierre Bourdieu ja Anthony Giddens. Sittemmin muun muassa filosofi Theodore Schatzki (1996), kulttuurisosiologi Andreas Reckwitz (2002) ja kulutussosiologi Alan Warde (2005) ovat systematisoineet eri teoriaperinteistä käytäntöteoreettista ohjelmaa, joka on ollut vaikutusvaltainen eri yhteiskuntatieteissä ja sosiologiassa erityisesti kulutustutkimuksen piirissä. Käytäntöteoria on ollut monilla tutkimusaloilla vastaus 1990-luvun kulttuurintutkimuksellisiin painotuksiin. Tutkijat olivat kiinnostuneita vuorovaikutuksen

ja käyttäytymisen merkitysvälitteisyydestä, symboleista, representaatioista, elämäntyyleistä ja identiteetin rakentamiseen liittyvistä kysymyksistä. Käytäntöteorioiden myötä 2000-luvulla rutiinit, tavat ja toiminnan materiaaliset reunaehdot on otettu mukaan toiminnan merkitysvälitteisyyden tutkimukseen.

Reckwitz (2002, 249) on määritellyt käytännön rutinoituneeksi käyttäytymistavaksi, joka koostuu useista, toisiinsa kytkeytyvistä elementeistä, kuten ruumiillisista ja mentaalisista toiminnoista, objekteista ja niiden käytöstä, tiedoista ja ymmärrystavoista sekä tunnetiloista ja motivaatiosta. Käytännöt voivat olla lähes mitä tahansa koordinoitua käyttäytymisen kokonaisuuksia: aamupalan valmistaminen, työmatka ja sen kulku, kokous tai vaikkapa baarissa vierailu työpäivän jälkeen. Käytäntöteoreettinen tutkimus lähestyy ihmisen toimintaa tarkastelemalla totunnaisen ja rutinoituneen käyttäytymisen muotoja, niihin liittyviä jaettuja ymmärrystapoja, tietomuotoja, sääntöjä ja ihmisten asemoitumista käytäntöjen kokonaisuuksissa. Teoria kääntää huomion pois yksilötoimijasta ja tämän sisäisistä motiiveista kohti käyttäytymisen ulkoisesti tunnistettavia säännönmukaisuuksia ja reunaehtoja. Yksilön toiminnan ei nähdä ohjautuvan ensisijaisesti valinnoista ja motiiveista vaan jo omaksutuista rutiineista. Tietoinen toiminta on mahdollista vasta, kun yksilö on oppinut toimimaan ympäristössään totunnaisesti. (Warde 2014.) Yksilön tietoisuus siis perustuu toimintaan eikä toisinpäin, niin kuin esimerkiksi uudessa kansanterveysajattelussa ajatellaan. Siksi ihmisen käyttäytymisen tutkimuksessa tulee ottaa huomioon paitsi konkreettinen käyttäytyminen eli se, mitä tapahtuu, myös tämän tapahtuman reunaehdot, ymmärrystavat ja merkitykset (Warde 2005).

Elintapojen ja terveyden merkitysten tutkimuksessa keskeistä on ymmärtää, miten ja millaisissa oloissa erilaiset elintavat muodostuvat, millaisia merkityksiä ne saavat ja millaiset tekijät niitä pitävät yllä. Esimerkiksi raskas päihteiden käyttö, epäterveellinen ruokailu tai vähäinen liikkuminen voi kantaa jonkin ryhmän tai elämäntavan piirissä myönteisiä merkityksiä. Samalla arjen rutiinit voivat synnyttää ja pitää niitä yllä: päihteitä voi olla elinympäristössä helposti saatavilla, edulliset einespizzat ja tarjousmakkarat voivat olla vaivat-

tomin tapa saada ruokaa ja autolla on mukavinta kulkea lyhyetkin matkat (Kauravaara 2013). Tavat siis pikemminkin säilyvät kuin muuttuvat: tavanmukaisuus tekee arjesta sujuvaa ja tuo jatkuvuutta. Näistä syistä toiminta voi jatkua totutunlaisena, vaikka tarjolla olisi runsaasti tietoa käyttäytymisen terveysvaikutuksista.

Käytäntöteorian näkökulmasta voidaan myös lähestyä kysymystä siitä, miksi tupakointi on yleisempää ruumiillisen työn tekijöiden kuin toimihenkilöiden keskuudessa (ks. Katainen 2012). Käytäntöteoria ohjaa tarkastelemaan tupakointia osana ympäristöä ja sen käytäntöjä, tässä tapauksessa työpaikkaa ja työpaikan rutiineja. Rutiiniluonteisessa työssä, jossa työntekijät jakavat saman työrytmin, tupakointi liittyy osaksi työn käytäntöjä. Siitä tulee kollektiivinen rutiini, jota ei ole tarpeellista reflektoida työpäivän kuluessa. Toisaalta tupakoinnin kiinnittymistä ruumiilliseen, suorittavaan työhön ei voi ymmärtää ottamatta huomioon tupakoinnin roolia ja siihen liittyviä merkityksiä ja funktioita työntekijöille. Tupakointi laajentaa työntekijän itsemääräämisoikeutta ja tekee mahdolliseksi hallita omaa aikaa strukturoidussa työssä ja hierarkisessa työyhteisössä. Jotta työpaikan tupakointikäytäntö voisi syntyä ja säilyä, tupakoinnin täytyy olla työntekijöille merkityksellistä juuri suhteessa työn kontekstiin. Tämä on hyvä esimerkki yksilöllisen toiminnan, kulttuuristen merkitysten ja materiaalistien olojen yhteen kietoutumisesta. Tupakointi työpaikalla on samalla esimerkki siitä miten käytännöt, erityisesti tutut ja rutiiniksi muodostuneet, eivät ole täysin tietoisia ja refleksiivisiä. Ihmiset siis tyypillisesti toimivat totutulla tavalla, elleivät olot tai muut tekijät pakota reflektoimaan tai muuttamaan käyttäytymistä (lisää käyttäytymisen muuttamisen edellytyksistä, ks. esim. Shilling 2008).

Tupakointi on elintapana voimakkaasti eriytynyt sosiaalisen aseman mukaan: mitä korkeampi henkilön sosiaalinen asema, sitä epätodennäköisemmin hän tupakoi. Eroja on myös sukupuolten välillä: tupakointi oli pitkään lähes yksinomaan miehin tapa, ja vaikka miehet tupakoivat edelleen naisia yleisemmin, naisten yhteiskunnallisen aseman muutos on näkynyt myös tupakoinnin lisääntymisenä naisten keskuudessa. Bourdieun teorioita erottautumisesta ja habituksesta on sovellettu terveys sosiologiassa tutki-

muksessa juuri käyttäytymisen säännönmukaisuuksien, pysyvyyden ja erityisesti sosiaaliryhmittäisten erojen selittämiseen. Bourdieulle (1984) ihmisen käyttäytymistä ohjaa habitus. Se on sosialisatioprosessin myötä sisäistynyt ja ruumiillistunut dispositioiden eli toimintataipumusten kokonaisuus, joka erilaisissa tilanteissa ja ympäristöissä suuntaa yksilön havainnointia, valintoja, luokitte-luita ja arvostelmia. Habitus siis samalla rajaa toimintaa ja tekee sitä mahdolliseksi. Sosialisatioprosessilla, kasvatuksella ja kasvuympäristöllä, on keskeinen merkitys habituksen muodostumisessa. Siten luokka-asema vaikuttaa keskeisesti yksilöllisen habituksen muotoutumiseen. Habituksen tuottamat käyttäytymistaipumukset ovat joustavuudestaan huolimatta pitkäkestoisia: työväenluokkainen tausta näkyy luultavasti yksilön käyttäytymisessä ja mieltymyksissä sosiaalisesta noususta huolimatta. Sosiaaliseen taustaan sidoksissa oleva habitus siis tuottaa käyttäytymisen ja käytäntöjen säännönmukaisuuksia vaikuttamalla esimerkiksi käsityksiin siitä, millainen toiminta on sopivaa tai suotavaa tietynlaisen statuksen omaavalle henkilölle.

Käytäntöteorioiden näkökulmasta yksilön irrationaaliselta vaikuttavat epäterveelliset valinnat kertovat siitä, miten käyttäytymistä ohjaavat useimmiten jo lapsuudesta asti opitut tavat, elinolot ja tilanteet. Tieto terveyshaitoista voi johtaa ”kriisiin”, siihen, että tavat tulevat pohdinnan ja reflektion kohteiksi, mutta tämä tieto ei välttämättä näy käyttäytymisen muuttumisena. Tavat ja rutiinit pyrkivät säilymään ja ohjaavat käyttäytymistä helposti silloinkin, kun olisi järkevää toimia toisin. Lisäksi sosiaalisella ja materiaalisella ympäristöllä on voimakas ohjaava vaikutus käyttäytymiseen. Terveys sosiologialle hedelmällisempi kysymys voisikin olla, miten ja miksi jotkut onnistuvat muuttamaan epäterveellisiä tottumuksiaan.

LOPUKSI

Terveellisyys voidaan nähdä ihmisten käyttäytymistä ohjaavana normatiivisena odotuksena, jota vasten lähes kaikki joutuvat heijastelemaan omia valintojaan ja tottumuksiaan (Pietilä 2008).

Terveyden merkitykset ja ymmärystävät ovat erityisen kiinnostava tutkimuskohde juuri tätä taustaa vasten. On kuitenkin tärkeää huomata, että terveellisyyteen ohjaava normi tuntuu saavan eri tavalla vastakaikua eri väestöryhmissä. Naiset näyttävät noudattavan paremmin terveyteen liittyviä suosituksia kuin miehet, ja korkeassa sosioekonomisessa asemassa olevat taas elävät terveellisemmin kuin alemmassa asemassa olevat, tarkasteltiinpa sitten vihannesten syömistä, liikuntatottumuksia tai päihteiden käyttöä (Helldán & Helakorpi 2015). Keskeinen terveys sosiologian kysymys onkin, miten asema yhteiskunnassa välittyy erilaisiksi terveyttä edistäviksi ja haittaaviksi elintavoiksi ja tätä kautta fyysiseksi terveydeksi tai sairaudeksi. Siten terveyteen liittyvät merkitykset ja niiden muotoutumiseen vaikuttavat tekijät voidaan myös ymmärtää yhteiskunnan eriarvoisuutta tuottavina mekanismeina.

Elintapaerojen taustalla moninaisia tekijöitä, mutta voidaan ajatella, että ne osin heijastelevat myös erilaisia terveydelle annettuja merkityksiä, riskikäsitteitä ja kulttuurisia malleja, joita olemme käsitelleet tässä luvussa. Kansanterveystyössä on jo pitkään tiedostettu, että samat terveyden edistämisen keinot eivät saa vastakaikua eivätkä tuota toivottuja vaikutuksia yhtäläisesti kaikissa väestöryhmissä. Erityisesti valistuksesta on epärealistista ajatella, että viesti tavoittaisi vastaanottajansa aina samalla tavalla. Niin sanotun kohderyhmäajattelun mukaan terveysviestintä tulee aina räätälöidä kohderyhmän lähtökohdista ja sen intressien mukaisesti. Käytäntöteoreettinen lähestymistapa ohjaa lisäksi pohtimaan niitä toimintaympäristöjä, joita eri väestöryhmät tyypillisesti arjessaan kohtaavat ja joilla on keskeinen osa terveyteen liittyvien intressien ja merkitysten muotoutumisessa. Juuri erilaisten toimintaympäristöjen ja elinolojen vaikutusten parempi tuntemus on ratkaisevassa asemassa käyttäytymisen ohjaamisessa ja terveellisempien elinympäristöjen kehittämisessä (esim. Ojajärvi 2015).

Terveyden merkitysten tutkimuksessa tulisi yhä enemmän kiinnittää huomiota erityisesti niihin ryhmiin, joihin kasaantuu eniten erilaisia huono-osaisuuden osatekijöitä. Käytäntöteoreettisen näkökulman ohjaamana huomio tulisi kiinnittää erityisesti arjen elämää jäsentäviin sosiaalisiin ja materiaalsiin tekijöihin.

Tutkimuksen tulokset voivat parhaimmillaan vaikuttaa ratkaisevasti terveyden edistämisen käytännön työhön. Jotta työ voi olla vaikuttavaa, on tiedettävä, mitä terveys oikeastaan tarkoittaa, kun sitä tarkastellaan maallikkonäkökulmasta, miten terveyteen liittyvää tietoa tulisi välittää ja miten kehittää terveyttä edistäviä toimenpiteitä ja politiikkaohjelmia niin, että eri väestöryhmien tarpeet ja lähtökohdat otettaisiin mahdollisimman hyvin huomioon.